



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1941, 18(2): 501-508

ISSUE DATE:

1941-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205237>

RIGHT:

## 臨 床 瑣 談

### 稀有ナル消化管畸形ニ由來シタ十二指腸閉塞症

藤 浪 修 一、陳 春 財 (京都外科集談會昭和15年12月例會所演)

患者ハ生後5年4ヶ月ノ女兒。此ノ患者ニハ先天性ノ畸形ガアル。即チ右側斜頸、眼裂並ビニ瞳孔ノ不同(何レモ右側ノ方ガ小)。右上肢ハソノ長サモ太サモ左側ノ約3分ノ2、且ツ左手ハ彎曲手、胸廓ニ於テハ右側肋骨軟骨移行部ガ鋭ドク前方ニ突出シ、全身發育モ惡ク滿3歳位ノ大サニ過ギナイ。

現病歴：約3ヶ月前ヨリ殆ンド毎日ノ様ニ夕食後1, 2時間ニシテ腹痛ヲ訴ヘ、ソノ際右下肢モ痛イト言ヒ、右大腿ヲ腹ニ着ケル様ニ曲ゲ、又時ニハ腹臥位ヲトルコトモアル。此ノ疼痛ハ腹部ヲ輕ク擦スルコトニヨリ、毎常1, 2時間ニテ消失ス。嘔吐ヲ伴ツタコト無ク、便通モ1日1, 2行。發作以外ノ時ニハヨク笑ヒヨク遊び、家人モ別ニ異常アル様ニハ思ハナカッタ。

昭和15年11月17日ノ朝カラ盛シニ水ヲ欲シガリ、湯茶ヲ多量ニ飲ンデ居タガ、ソノ他ニハ平常ト變ラナカッタ。同日ノ午後6時半頃腹痛ヲ訴ヘ始メタガ、毎常ノ發作ヨリモ激シク、又嘔吐マデモ伴ヒ茶褐色ノ液體ヲ多量ニ吐出シタ。直チニ灌腸シタガ黑色ノ糞狀便ガ少量ニ出タノミニテ、腹痛ハ益々激シク、嘔吐モ頻々トシテ來リ、顔面蒼白トナツタ。斯クシテ同夜11時半(發作開始後5時間目)ニ來院シタ。

現症並ビニ腹部所見：患者ハ非常ニ貧血性(血液検査ニテ赤血球數240萬、血色素量ザーリ氏價30、白血球數12000)、脈搏ハ1分時約150ヲ算シ、緊張微弱且ツ小デアル。體溫 $37.5^{\circ}\text{C}$ 。顔貌甚ダシク衰ヘ苦悶狀。胸部内臓ニハ特記スベキ所見ナシ。

患者ハ仰臥シ、右大腿ヲ腹ニ着ケル様ニ股關節ニテ折り曲ゲテ居ル。而シテソノ疼痛ガ宛カモ痼痛性デアルカノ様ニ間歇的ニ腹痛ヲ訴ヘナガラ反轉シ、ソノ都度大量ノ(一回ニ約100匁)胆汁様液ヲ吐出シ、ソノ間ニ水ヲ求ムルコト切デアル。

腹部ハ一般ニ、特ニ心窩部カラ臍下3横指マデノ部ガ膨滿シテ居ルガ、蠕動不穩、靜脈怒張ハ認メラレナイ。

觸診スルニ膨滿部ニ一致シテ抵抗ガアル。然シ腹痛ノタメ腹ニ力ヲ入レテ居ルノデ、ソレガ果シテ腹筋防衛デアルカ否カ判然トセメ。腹部全般ニ壓痛アルモ、Blumberg氏症候ハ著明デナイ。打診上至ルトコロ鼓音ヲ呈シ、腸雜音ハ全然聴取シ得ナイ。直腸壺部ハ極度ニ擴大ス。

尿中ニ大腸菌ヲ證明スルモ、白血球、膀胱上皮細胞モ混在シテ居ル。

レ線検査：仰臥位背腹照射(第1圖参照)。胃ハ強ク擴張シ、腹部膨滿ハ此ノ胃ガ主體デアル。ソノ下方ニ腸管瓦斯像ガ現ハレテ居ルガ、別ニ擴大シテ居ルトハ思ヘナイ。

診 斷：胃ガ異常ニ擴大シ腹腔ノ大部分ヲ占メテ居ルコトハ確カデアル。マタレ線像デハ腸管瓦斯像ノ輪廓陰影ガ鮮明性ヲ失ツテ居ル。之ハ腹腔内ニ液體ノ滯溜スルヲ意味スルノデアル。

ソノ本態ハ何者カ。炎症ニ由來スルノデアラウカ。白血球增多、腹部全般ノ壓痛、腸雜音ノ消失等ハ腹膜炎デアル様ニモ思ハレル。然シ頻々タル嘔吐、ソノ都度大量ノ胆汁様液ヲ吐出スルコトハ、十二指腸ノ輪膽管開口部以下ノ腸管ニ閉塞ガアルモノトモ考ヘラレル。閉塞ガアルトハレバ先ヅ考ヘラレルコトハ腸間膜動脈性十二指腸閉塞症デアルガ、ソノ場合ニハ擴大シタ十二指腸瓦斯像ガ現ハレル可キ筈デアル。本例ニハソノ像ガ無イ。

第 1 圖



ソノ本態ハ何者カ決定シ得ナイガ、所謂 acute abdomen デアルコトハ確カデアルノデ、即刻手術ヲ行フコトニシタ。

手術所見：臍ノ上下ニ互ル正中線切開ニテ開腹スルニ腹腔内ヨリ褐色ニ潤濁セル液ガ流出シ、ソノ源ヲ求ムルニ右側肝臓下面部カラ湧キ出シテ居ル。

胃ハ強ク擴大膨滿シテ腹腔ノ大部分ヲ占メ、幽門輪ハ哆開シテ十二指腸ニ移行ス。十二指腸ハ全ク腹腔内ニアリテ、ソノ徑3横指大ニ擴張シテ約20糎右後方ヘ延ビ、腰筋ノ右緣ト思シキ點ニテ後腹壁ニ固定サル。後腹膜ニアルコト約1糎ニテ腸間膜ヲ有スル小腸ニ移行シテ居ルガ、此ノ後腹壁固定部ハ靱帶狀ヲナシ(丁度 Treitz 氏靱帶ヲ見ルガ如クデアル)、腸管ヲ絞扼シタ様ニナツテ居ル。

固定部直上ノ腸管壁ハ1糎ノ範圍ニ於テ褐色ヲ帶ビ、明ラカニ穿孔シテ居ルト云フ孔ヲ見付ケルコトハ無カツタガ、ソノ褐色ヲ帶ビタ腸壁カラ褐色ノ液ガ滲ミ出シテ來ル。

固定部以下ノ腸管ハ輕度ニ膨滿シ、漿膜面ハ一般ニ膠狀。又固定部下位約30糎ニ互ル小腸管内ニハ凝血ヲ容レ、黑色ニ透見ス。

猶ホ腹腔ヲ見ルニ大綱、横行結腸ハ見付ラズ、胃大彎ハ遊離シ、胃ヘノ血管ハ腸ノ如ク小彎側カラノミ來リ、胃及ビ十二指腸ハ全ク共通ノ小網ヲ以テ腹腔内ニ遊離シテ居ル。胃ノ大彎ヲ上方ニ舉上スルト脾臓ガ現ハレタガ、之ハ後腹膜ニ存在シテ居ル。

更ニ小腸ヲ辿ルニ手術創下左方ニ於テ腸間膜ヲ共通ニスル盲腸、結腸ヲ見出シタ(第2圖參照)。蟲様垂ハ上方ヘ延ビ、結腸ハ唯ダ下方ヘトノミ進ミ、遂ニ大綱、横行結腸ヲシキモノヲ認メ得ナカツタ。因テ空腸瘻ヲ造設セント欲シタガ、一般狀態惡化シ來ツタノデ、十二指腸ノ後腹膜固定部ニ排膿管並ニ綿紗、タンポンヲ挿入シタノミニテ手術ヲ了ヘタ。

術後約1時間ニシテ鬼籍ニ入ル。

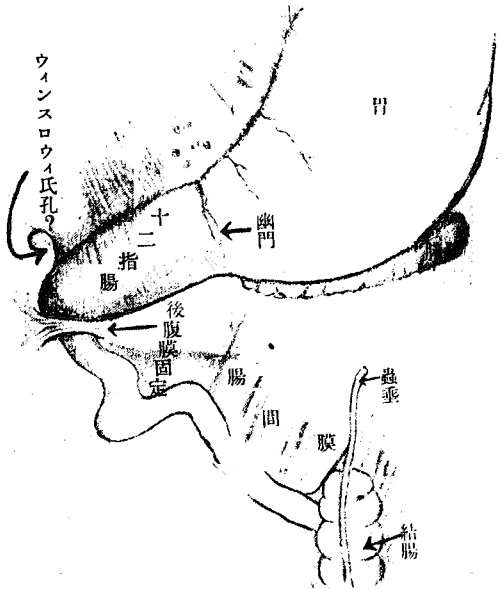
考 察：本例ハ外景ノミナラズ、腹腔内ニ重篤ナル畸形ヲ有シタモノデ、十二指腸ハ胃ト共通ノ小網ヲ以テ腹腔内ニアリ、僅カニ1糎ノ範圍ガ後腹膜内ニ在ツタ。

斯カル解剖學的異常ノタメニ十二指腸ハ平常ヨリ弛緩擴大シテ居ツタモノデアラウガ、最近ニ至リソノ弛緩ガ漸次ニ強クナリ、特ニ1日中デ最モ大量ヲ食スル夕食ニ關連シ、十二指腸ハ更ニ擴大スルト推定スル事ガ出來ル。斯カル時ニハ固定部ハ靱帶様ニテ彈性無キタメ、ソノ部ノ腸管ハ擴大シ得ズ、從ツテ固定部ノ靱帶ハソコノ腸管ヲ狹窄セシムルコトトナリ、其ノ結果食物ガ通過シ去ルマデ十二指腸ニ過度ノ蠕動ガ起リ、ソレガ疼痛トシテ感ゼラレ、マタ固定部ハ腰筋上ニアツタノデ、ソノ蠕動ガ刺激トナリ疼痛ニ隨伴スル右大腿ノ屈折ガ起ツタモノト考ヘラレル。

斯様ニ譯デ疼痛發作ヲ反覆シテ居タノデアルガ、最終ノ發作ハ大量ノ飲料ヲ攝ツタガタメニ、十二指腸ハ急激ニ擴大シテ固定部靱帶デ瓣狀閉塞ヲ起シ、遂ニ固定部位直上ノ腸壁ハ過度ノ伸展ノタメ壞死ニ陥リ、腸内ヘノ出血ト共ニ腹腔内ヘノ腸内容ノ漏出ヲ來シタモノデアラウ。

猶ホ盲腸上行結腸ガ小腸ト共通ノ遊離腸間膜ヲ有スルモノガ總腸間膜 (Mesenterium ileocoli-

第 2 圖



cum commune) デアルトスル定義ニ從ヘバ、本例モ總腸間膜ト言ツテヨイデアラウ。而シテ總腸間膜ニ於テハ常ニ十二指腸ノ走行異常ヲ伴フモノデアル。然シ總腸間膜ニ起因スル腸閉塞症ハ腸管軸捻轉ガ主デアリ、ソノ他ニハ腸重積モ擧ゲラレテ居ルガ、十二指腸ノ異常走行ニ關係シタ腸閉塞症ノ報告例ハ無イ。

我々ハ本例ニ於テハソノ閉塞ガ總腸間膜ニ起因シタモノデハ無ク、ソノ閉塞發生機轉カラ考ヘテ腸間膜動脈性十二指腸閉塞症(本症ニ關シテハ Vosamesenterica ニヨツテ十二指腸ガ瓣狀閉塞ヲ起シタモノト考ヘテ居ル)ト同一視シタ方ガ妥當デアルト信ジテ居ル。

何レニセヨ稀有ノ畸形デアリ、又稀有ノ腸閉塞症デアルノデ茲ニ紹介スル次第デアル。

### 交通外傷ノ統計的觀察

北野病院 小 寺 壽 治 (京都外科集談會昭和15年12月例会所演)

昭和3年4月ヨリ同14年12月ニ至ル12年間ニ取扱ヘル交通外傷患者ニ就テ、一般的統計的觀察ト、特ニソノ中骨折患者ノミニ就テノ統計的觀察ヲナシ、次ノ結果ヲ得タリ。

患者數：交通外傷患者總數1079名ニシテ、同期間中ノ全患者(整形外科及外科)25,711ノ42%ナリ。コノ内骨折患者ハ223名ニシテ交通外傷患者總數1079名ノ20.6%ヲ占ム。

原因：交通外傷一般統計ニテハ、自動車ニヨルモノ486名(45%)、電車68名(6.3%)、自轉車及ビ自動自轉車363名(33.6%)、荷牛馬車37名(8.06%)、尙各交通機關ト人トガ直接ニ衝突或ハ接觸シテ生ジタル外傷患者746名(69.1%)、各交通機關相互ノ衝突或ハ接觸ニヨリテ惹起サレタル外傷患者數145(13.5%)ニシテ、都市ニ於ケル外傷ノ傾向ヲ意味スルモノナリ。

骨折ニ於テモ同傾向ヲ示ス。即自動車ニヨルモノ86名(38.6%)、自轉車及ビ自動自轉車ニヨルモノ90名(40.4%)、電車20名(8.9%)、荷牛馬車13名ナリ。

年度別：昭和3年ヨリ4, 5年ト増加シ、6年ニ一旦減少セルモノガ7, 8, 9年ト年ト共ニ増加シ、同10年ニ於テ最高140名ヲ示シ、又コレヲ頂點トシテ11, 12, 13, 14ト急ニ減少セリ。コレ支那事變ノ影響アリト思考サル。自動車ノ數ノ減少、スピードノ制限ニ加フルニ人心ノ緊張セシ結果ナラン。

月別、季節別：最も多キハ4月、次デ5, 6, 7, 11, 8, 9, 12, 1, 10, 3月ノ順ニシテ2月ハ最少シ。4月ハ1月ノ約2倍弱トナル。季節別ニ見ルニ、春季(3, 4, 5)297名(27.5%)、夏季(6, 7, 8)312名(28.9%)、秋季(9, 10, 11)262名(24.3%)、冬季(12, 1, 2)208名(19.3%)トナリ、一般ニ春ヨリ夏ニカケテ頻發スルモノナリ。

骨折ニ於テハ大體同傾向ナルモ、11, 12月ニ増加セル事實アリ。

曜日別：各曜日ニ於テ大差ハ認メザルモ、月曜ニ最多ク、水、金之ニ次ギ、火、木、日、土ノ順ニ減少ス。骨折ニ於テモ火、水、月、日ノ順ニシテ一般ニ1週ノ前半ニ多シ。

時間別：午前7時頃ヨリ漸次増加シ正午近ク即11—12時ニ於テ7時ノ數ノ約2倍ニナリ、午後1時ニ減少シ、2, 3時ト増加ハ少ク、3—4時ニ於テ最高數(約10%)ヲ示セリ。5, 6, 7時ト漸次減少セルモノガ8—9時ニ於テ再び増加ヲ示ス。即外傷最高頻發時刻ハ正午前及ビ4—5時及ビ8—9時ノ間ナリ。即精神的肉體的疲勞ヲ意味ス。

職業別：全職業ヲ農、商、土木、職工、學生、兒童、會社員、店員、其他ニ分チ、其頻度ハ兒童最も多ク270名(25%)、不明ナルモノ145名(13.4%)、商人170名(15.7%)、次デ店員及其他126名及128名(11.8%)、續イテ會社員、土木、學生ノ順トナル。兒童ノ被害率大ナルハ注目ニ値スルト共ニ寒心ニ堪ヘザル現象ナリ。

性別：男性763名、女性286名、即女1人ニ男2.8人ノ割合トナル。

**住所別：**市内居住者920名，市外居住者159名，其比ハ市外居住者1人ニ付市内居住者6人ノ割ニ被害セル事トナル。之病院所在地ヨリシテ當然ノ事ナリ。

**治療種別：**入院患者1人ニ對シ外來處置ヲ施セルモノ5.2人トナル。實數ハ入172名，外907名ナリ。

**年齢並ニ性別：**最モ多キガ6—10歳及ビ16—20歳ノ152名，次デ1—5歳ノ116名，21—25歳ノ115名，11—15歳ノ86名，青年ヨリ壯年ニカケテハ少數ノ増減アリテ漸次年齡ヲ加フルニ從ツテ減少ス。特ニ注意スベキハ幼少年ニ於ケル被害ナリ。即1—10歳ハ268名(23.9%)デ全患者數ノ約1/4ヲ占ム。之ニ更ニ16—25歳ノ267名(23.9%)ナリ。

**尚性別ハ，**若年期ハ男性大多數ヲ占ムレ共，高年ニ至リ兩者其差減少シ，70歳ニ於テハ女性ハ男性ヨリ高率ヲ示スニ至ル。

**創傷種別：**交通外傷患者1079名ノ創傷總數ハ1709ニシテ患者3名ニ付3種類ノ創傷ヲ受ケシナリ。其種別ハ打撲傷572(33.4%)，挫創431(25.2%)，擦過傷296(17.30%)，骨折288(16.8%)，次デ脳震盪51，切創，裂創，捻挫，脱臼ノ順ナリ。

**軟部損傷ト部位ノ關係：**軟部損傷數ハ1421ナリ。頭部420(29.5%)デ最高，次デ下腿311(21.9%)，各部關節246(17.2%)，大腿170，胸部100，腰部85，腹部15，頭部7ノ順ナリ。之ハ各原因ニ依ツテ分ケルモ略同様ノ傾向ヲ示セリ。唯荷牛馬車ノミハ下腿ガ高率ヲ示ス。

**骨折種別：**如何ナル原因ニ依ルモノニ於テモ，單純骨折多ク，複雑骨折トノ頻度ノ比ハ152:71=68.1%:31.9%トナル。

**骨折ノ原因別：**原因別ヨリ觀ルニ，自動車121(42.0%)，自轉車及ビ自動自轉車112(38.8%)，電車21(7.3%)，荷牛馬車16(5.5%)，其他12(4.1%)，汽車6(2.0%)トナル。

骨折患者數ニ於テ，自轉車及自動自轉車ガ首位ヲ占ムルニ反シ骨折數ニ於テハ自動車ガ首位ヲ占ム。

**骨折部位別：**肋骨60(28.0%)，脛骨37(12.8%)，大腿骨32(11.1%)，腓骨27(9.3%)，鎖骨24(8.3%)，頭蓋底骨15(5.2%)，趾骨13(4.5%)，上膊骨，尺骨，橈骨，……等ノ順ナリ。尙左右有對骨ニ於テハ左側133，右側124ニシテ左側僅カニ多シ。

**長管狀骨々折ニ就テ：**骨折數ハ130，全骨折數288ニ對シ45.15%ヲ算ス。患者數103ナリ。其治療法並ニ治療成績ニ就テノ觀察ハ各長管狀骨々折ヲ通ジ，保存的療法ヲ施セシモノ78例，此ノ中假骨良好ナルモノ58例，半治退院セシモノ18例，假關節ヲ形成セシモノ5例，死亡セシモノ1例ナリ。74.3%ハ假骨良好ニシテ豫後可良ナリ。

**觀血的療法ヲ施セルモノハ，**キルシュナー氏牽引法1例，前田式固定10例，ランボット締結法1例，銀線縫合5例，自家骨ニヨル外副木法1例，切斷3例，其他5例，計25例ナリ。其豫後ハ假關節形成4例，死亡4例ニシテ概ネ良好ナリ。

**死亡例ニ對スル觀察：**死亡例ハ19例ナリ。内自動車11例(57.9%)，電車3例(15.9%)，自轉車及自動自轉車3例(15.9%)，汽車及馬車各々1例。主要損傷トシテハ頭部損傷ニヨルモノ10例(52.6%)，大腿開放骨折5例(26.3%)，合併症ヲ起サズシテ死ノ轉歸ヲトレルモノハ13例ニシテ受傷後20時間以内ニ死セルモノ多シ。

以上ノ結果ヨリ觀ルニ，交通外傷ト小學校兒童トノ關係ニ就テ考ヘサル、點多ク，且其對策ニ關シテ有力ナル暗示ヲ得タリ。以上

(原著ハ北野病院業績報告第3卷，3號ニ掲載ノ豫定)。

### 若年者ニ來レル十二指腸ノ潰瘍ノ1例

相 川 文 夫 (京都外科集談會昭和15年12月例會所演)

患 者：17歳ノ男子。

主 訴：嘔吐。

現病歴：10歳ノ頃(約7年前)，上腹部ニ膨滿感及疼痛ヲ來シ，食後惡心強ク，嘔吐ヲ來ス様ニナレリ。以上ノ症候ハ次第ニ増惡セルヲ以テ，約3ヶ月間ノ醫師ノ治療ヲ受ケ，上腹部ノ疼痛ノミハ消失セルモ，ソノ他ノ症候ハ消失セズ。以來今日ニ至ルマデ，上腹部ノ膨滿感，惡心ヲ來シ，少シク過食スレバ必ズ嘔吐スルヲ常トセリ。入院前2ヶ月前ヨリ以上ノ症候ハ再び増惡シ，1日1回夕食後3〜4時間ニテ嘔吐ヲ來ス様ニナレリ。2〜3日間嘔吐スル事ナキ時ハ，必ズ2〜3日分ノ分量ヲソノ後ニテ嘔吐スル。嘔吐物ハ食物残渣ノミニシテ，血液ノ混合ヲ認メズ。又今日マデ，黑色便ヲ排出シタ事ハナイ。食慾，睡眠良好，便通4〜5日ニ1回。現在症：體格，骨骼共ニ小。營養狀態ハ不良ナリ。脈搏1分間70，整正，緊張良好。心臟，肺臟ニ異常ヲ認メズ。

腹部所見：腹部ハ一般ニ膨滿，殊ニ上腹部ヨリ臍ノ下4横指ノ部ニ於テ著シク，同所ニ胃ノ蠕動不穩ヲ認ム。ソノ他發赤，靜脈怒張等ヲ認メズ。

觸診スルニ，腹壁緊張，Blumberg氏症候ヲ認メズ。何處ニモ腫瘤ノ如キヲ認メズ。腹水ヲ證明セズ。肝臟，腎臟，脾臟ヲフレズ。經肛門指診ニテハ直腸膨大部ハヤ、擴大ス。Douglas腔ニ腫瘤ノ如キヲ認メズ。

血液所見：赤血球數374萬，血色素量63% (ザーリー)，白血球數7600。

胃液検査：前液，後液共ニ遊離鹽酸ヲ認ム。最高遊離鹽酸度39，最高總酸度ハ51。潜在性出血ヲ證明セズ。

診 斷：現病歴ヨリ明ラカナルガ如ク，約7年前ヨリ幽門狹窄ノアルハ明ラカニシテ，少シモ輕快セズ次第ニ増惡スル傾向ノアル點ヨリ，Pylorus spasmusノ如キ神經性ノ疾患ニアラズシテ，胃潰瘍ノ瘢痕ニヨル幽門狹窄ト考ヘタリ。

上線検査：胃ハ下垂デ擴大ス。幽門輪ニハ病變ナシ。胃粘膜皺襞像ニ變化ヲ認メズ。十二指腸球部ニ變形(uniformig)ヲ認メ，Nische様ノ突起及完全ナル狹窄アリ。十二指腸Lゾンデヲ挿入シ得ズ。

即チ十二指腸潰瘍ニヨル十二指腸球部ノ狹窄ナリト考ヘラル。

手術所見：劍狀突起ヨリ臍ノ上ニ至ル約15厘米ノ正中線ニテ開腹セリ。胃ハ著シク擴大シ，下垂セリ。周圍トノ癒着ヲ認メズ。十二指腸球部ニテ，幽門輪ヨリ約1横指ノ部ニ；約鳩卵大ノ腫瘤アリ。限界鮮銳，彈性硬，周圍ニ何等ノ浸潤ヲ認メズ。腫瘤ニ接シ2個ノ大豆大ノ淋巴腺腫脹ヲ認メルノミデ，ソノ他ノ轉移ノ如キヲ發見シ得ズ。脾臟ニハ變化ナキモ，腫瘤ハソノ頭部ト強キ癒着アリ，タメニソノ切除ハ不可能ナリ。ヨツテFinsterer氏ニヨル曠置的胃切除及後結腸胃腸吻合術 Resektion zur Ausschaltungヲ行フ。

術後経過：良好デ創ハ第1期治癒。術後19日目全治退院セリ。

考 察：本例ハ17歳ノ男子デ，幽門狹窄ノ症狀ヲ呈シ來院，手術ノ結果十二指腸潰瘍ニヨル十二指腸球部ノ瘢痕性狹窄ノ存在ヲ確メ，Finsterer氏ニヨル同部ノ曠置的胃切除術，後結腸胃腸吻合術ヲ行ヒ全治シ得タ1例ナリ。

但シ本例ニツキ，ソノ現病歴ヨリ考ヘルニ十二指腸潰瘍ノ發生時期トシテ約7年前即チ患者ノ10歳ノ時ト考ヘラル。

胃潰瘍及十二指腸潰瘍ノ年齢ニ關スル諸家ノ統計ヲ見ルニ，胃潰瘍ニテハ，41歳〜50歳ノ者最多ク，31歳〜40歳ノモノ之ニ次ギ，51歳〜60歳ノモノ第3位ヲ占メルニ，十二指腸潰瘍ニテハ31歳〜40歳ノモノ第1位ヲ41歳〜50歳ノモノ第2位ヲ，21歳〜30歳ノモノ第3位ヲ示セリ。即チ十二指腸潰瘍ハ胃潰瘍ヨリモ一般ニ若年者ニ多シ。然レドモ十二指腸潰瘍ノ幼年者ニ來ル事ハ甚ダ稀レトセラレ，歐米並ニ本邦ノ諸家ノ統計モ之レヲ示セリ。即チ11歳〜20歳以下ノ十二指腸潰瘍患者ハMoynihan氏ニヨレバ1.8%，友田氏ニヨレバ4.2%ニシテ，10歳以下ハ之レヲ見ズ。

本邦ニ於テ10歳以下ノ幼年者ニ於テ十二指腸潰瘍ヲ發見シ手術ニヨリ確メ得タノハ，山根氏

ノ6歳ノ男子ニ於ケル1例アルノミナリ。本例ハソノ發病年齡ガ10歳ト考ヘラレルガ故ニ極メテ稀レナル1例トシテ報告スル次第ナリ。

## 腰部脊椎管内靜脈瘤ノ1例

殊ニ片側坐骨神經痛ニ合併セル該側浸出性膝關節炎ノ成因ニ關スル考察

整形外科 助手 山田 憲 吾 (京都外科集談會昭和15年12月例會所演)

患者ハ青年期ヨリ重労働ニ従事シテ居ル48歳ノ男子デ本年2月頃ヨリ腰部ノ鈍痛ヲ訴ヘデキタモノデアルガ其儘放置シテ居タ。トコロガ病勢ハ次第ニ増悪シ、4月頃ハ右足關節部ニ放散スル疼痛ヲ訴フルヤウニナリ7月ノ下旬頃カラハ、此ニ加フルニ右膝關節ガ有痛性ニ腫脹シ來リ、7月22日本科外來ニ於テ右側浸出性膝關節炎兼右側坐骨神經痛ナル診斷ヲ下サレ、右坐骨神經内<sub>L</sub>ノボカイン<sup>1</sup>注射並ニ右膝關節ノ穿刺等ヲ數回繰返サレ、患者自身モ非常ニ熱心ニ11月初旬マデ約4ヶ月間治療ヲ繼續シテ居タノデアルガ、幾分ノ輕快ヲ見タノミデ全治ニハ至ラナカツタ。

ソコデ11月2日腰椎單純撮影ニヨツテ Spondyloarthrosis deformansヲ全般ニ證明シタ他ニ第4腰椎後面下緣ノ邊緣隆起像ヲ認メタノデ、椎間板後方脫出症ノ疑ヲ以テ11月5日第3、第4腰椎間穿刺ニヨリ下降性<sub>L</sub>モルヨードール<sup>2</sup>3ccヲ注入シ脊髓攝影術ヲ行ツタ。

其ノ所見ハ前後期ニ於テハ、略々正常大ノ蜘蛛膜下腔像デ多少ノ癒着像ヲ示シナガラ第3、第4腰椎間ノ中央ニ於テ突然ニ銳ニ横斷セラレ第4腰椎上緣ノ高サヨリ再ビ蜘蛛膜下腔像ヲ出現スルガ以下全般ニ於テ著シク太サヲ減ジ第5腰椎位ニ於テハ將ニ絶エナントスルガ如キ細イ連絡ヲ以テ終末囊ト連續シテ居ル。殊ニ此絞扼部ニ於テハ右側方ヨリノ壓迫ガヨリ強度ニ現レ、第4腰椎神經根ハ左方ニハ辛ジテ現出セラレテ居ルガ、右方ニハ缺如シテ居ル。側面像ニ於テハ第3、第4腰椎間以下ニ於テ著シク後方ヨリ壓排セラレテ居ル像ヲ認メ、殊ニ第2、第3腰椎間ニ於テハ第3腰椎下方1/3ヨリ第3腰椎上方1/3ニ及ビ後方ヨリ壓排セラレ像並ニ第3腰椎下方1/3以下後方ヨリ壓排セラレ像ヲ認メル。故ニ本年3日本集談會席上ニ於テ、更ニ本年度整形外科學會席上ニ於テ奥村君ガ黃色靱帶肥厚ガ腰部蜘蛛膜下腔<sub>L</sub>モルヨードール<sup>2</sup>充盈像ニ於テ示ベキ像トシテ豫言シタ所見ニ一致スル所カラ吾々ハ前述前後面所見ト對照シ此ヲ黃色靱帶肥厚像ト理解シタ。次ニモ1ツ側面像ニ特異ナル點ハ第4、第5腰椎間並ニ第5腰椎ト第1薦椎トノ間ニ前方ヨリ弓狀ニ壓排スル陰影缺損部ヲ認メタガ、此ハ椎間板後方脫出像トイササカ異リ、上位椎體下方1/3ヨリ下位椎體上方1/3ニ互ツテ居ルコトデアル。ソコデ術前我々ハ以上所見ヨリ黃色靱帶肥厚ヲ伴フ椎間帶異常ト理解シ、手術ノ目的ヲ以テ11月11日入院セシメタノデアル。

入院時所見：體格大、骨格頑丈、榮養良、胸腹部臟器著變ナシ。

局所所見：脊椎ハ輕度ノ腰部右側彎ヲ呈シソノ他著明ナル變形ハ證明シナイ。第7頸椎棘狀突起部ニ手拳大ノ脂肪増殖ガアル(此ハ患者ガ物ヲ負フ習慣ニヨリ生ジタモノデアル)。

脊椎ニハ全般ニ輕度ノ強直アリ何所ニモ叩打痛ハナイ。

右下肢ハ一般ニ萎縮シ、殊ニ大腿ニ於テ著シイ。右膝關節ハ輕度ニ屈曲シ滲散性ニ腫脹スルガ發赤ナク溫度上昇モ證明シナイ。膝蓋躍動ヲ證明シ關節囊ノ肥厚ヲ觸知スル。自動的ニハ膝關節運動ハ稍制限セラレルガ他動的ニハ制限セラレナイ。

兩下肢アキレス腱反射並ニ膝蓋腱反射ハ稍低下シ、ラヤーグ氏症狀ハ右側ハ65°、左側ハ75°ニ下肢ヲ舉上セシ際ニ出現シ右側ノミ坐骨神經幹ノ壓痛ヲ證明スル。ワツセルマン氏症狀ハ證明シナイ。腦脊髓液ハ壓ガ50 mm H<sub>2</sub>Oデ低ク水様透明デクエケンシュテツト氏症狀ヲ證明セズ。蛋白含有量ハ0.5%デ正常、ワ氏反應モ證明シナイ。尿ニ異常成分ナク、血液検査ニ於テ著變ヲ見ナイ。特ニ血清ワ氏反應ハ陰性デアル。

11月15日椎弓切除術ヲ施行シタ。本手術ハ硬膜外ニ行フ意圖ノ下ニ0.5%<sub>L</sub>ヌベルカイン<sup>3</sup>1.6ccヲ以テ腰椎麻酔ヲ行ツテ、手術操作時ノ神經根痛ヲ除去シ、出血防止ノタメ棘狀突起周圍ニ<sub>L</sub>アドレナリン<sup>4</sup>加0.25

%Lネオカイン<sup>7</sup>ヲ浸潤セシメ非常ニ愉快ニ手術ヲ遂行スルコトヲ得タ。

椎弓切除ハ第3腰椎ヨリ第1薦椎ニ及ンダガ第3, 第4腰椎, 第4, 第5腰椎, 第5腰椎第1薦椎間ノ黃色靱帶ハ其ノ黃色調ヲ増加シテ著シク肥厚シ, 特ニ第5腰椎及第1薦椎間ニ於テハ長さ2 cm., 厚サ1.5 cm. ニシテ何レモ側方椎間孔ニ向ツテ擴大シ此ヲ狹窄セシメテ小關節突起ニ附着シテキル。H. ツ黃色靱帶肥厚部ノ間隙ハ硬膜外脂肪組織之ヲ充シ此等ハ硬膜ト癒着著シク, 同時ニソノ壓迫ノタメ硬膜管ハ第3, 第4腰椎間以下ハ著シク細小トナリ, 特ニ左方ヨリ強ク壓迫サレテ居ル。硬膜外ノ硬膜管ノ前方ニ達スレバ此所ニ著シク怒張蛇行シ或ハ所々ニ瘤ヲ作り略々平行ニ上下ニ走る靜脈叢ヲ發見シタ。此ハ硬膜管ト輕度ノ癒着ヲ示シ視野ノ全般ヲ占メテ居リ, 著シク出血性デアル, 消息子ヲ以テ第4腰椎後下緣, 第5腰椎後上下緣, 第1薦椎後上緣ノ邊緣隆起ヲ知り, 椎間板ハムシロ陷入セルヲ觸知シタ。充分ナル止血ノ後創ヲ一次的ニ縫合閉鎖シ手術ヲ終ツタ。

術後經過: 術後經過ハ順調デ1週間目全拔糸, 手術創ハ第1期癒合ヲ營ミ, 側彎ハ消失シ兩下肢共ニラセーグ氏症狀消失シ, 右側ノ坐骨神經壓痛モ消退シタ。經過ヲ追ツテ硬膜ノ管内ニ殘サレタLモルヨドール<sup>7</sup>ヲ觀察スルニ非常ニ速ニ第3腰椎根株ニ右側ヲ通シテ末梢神經ノ方ヘ運び去ラレ又術前存シタ絞扼像ハ消失シ, 其ノ部ノ蜘蛛膜下腔中ニハ粗大ナルLモルヨドール<sup>7</sup>ノ油滴トシテ存在スルノガ認メラレル。H. ツ蜘蛛膜管前壁ハ尙椎體後面ヨリ12 mmノ距離ヲ存シテ居ル。

考 察: 椎體ノ後面ニハ Plexus renosi vertebralis interni ナルモノガアルガ此ガ肥厚シタ黃色靱帶ノ壓迫ニヨツテ鬱血ヲ生ジタモノデアラウカ, 此ニ對シテハ手術所見ニ於テ最モ此ノ壓迫強度ト思ハレル部ニ於テ靜脈怒張並ニ瘤ノ形成ガ著明デアツタ事及ビ術後黃色靱帶ニヨル壓迫ガ除去サレタ現在ニ於テモ尙蜘蛛膜下腔前壁ハ椎體後面ヨリ12 mmノ距離ヲ保ツテ居リ且術前ヨリ著明デアル事ハ明カニ代償性ノ鬱血現象デハナクシテ靜脈瘤ナル1種ノ器質的變化ナル事ヲ明示スルモノト考ヘネバナラナイ。勿論椎弓切除術ニ於テハ後方ヨリノ減壓ノタメ脊髓管ハ正常ヨリ約12 mm, 即チ椎體後面ヨリ3 mm程後方ヘ變位スルニ過ギナイモノデアル。

緒文獻的ニ私ガ調査シ得タ範圍ニ於テハ硬膜外ノ靜脈瘤ナルモノ、記述トシテハ僅ニ(Globus u. Doshay 文獻聚録トシテ報告シタモノヲ見ルニスギズ, 本例ノ如キモノハ1例モ發見サレナイ。且ツ本例ハ椎體後面ニ發生シタ血管腫トハ, 其ノ典型的ナ椎體ノ粗大網狀像ヲ見ル事ガ出來ナカツタ事ト, 手術所見並ニ經過ニヨリ鑑別出來ルノデアル。

Schmorl ハ變形性脊椎症ノ原因ヲ椎間板ノ變性ニ歸シ此レニヨリ椎間板, 椎體關節ノ異常運動ガオコリ, 此異常ナ機能要求ノタメニ椎體表面ニ強ク附着シテ居ル靱帶ヲ異常ニ緊張セシメ, 附着部ノ造骨組織ヲ刺激シテ骨増殖ヲ起スモノデアルトシタ。然シナガラ椎體後面ニ於テハ, 後縱走靱帶ハ凹面ヲナシテ居ル椎體後面トハ癒着セズニ主トシテ椎間板後面ニ附着シ, 僅ニ2~3ノ極細イ纖維ガ椎體邊緣ニ附着シテキルニ過ギナイカラ, 椎體後面ニ大ナル邊緣隆起ヲ作ルコトハナイト云フテ居ルガ, 吾々ハ椎間板後方脫出例ノ總テノ例ニ於テ特徴的ニ相當大キナ椎體後面邊緣隆起像ヲ認メ, 逆ニ椎體後面ニ邊緣隆起像ヲ認メタ多數例ニ於テハ椎間板後方脫出ヲ證明シタ。此ニ依ツテ考ヘレバ椎間板ガ特ニ後方ニ於テ著明ニ障礙ヲ被ツタ場合ニハ時日ノ經過ト共ニ著明ナル邊緣隆起ヲ形成スルモノト理解出來ルト思フ。且椎間板ハ後方ニ於テハ前方ニ於ケルヨリモ纖維輪ガ薄ク, 從ツテ椎間板後方ニ於ケル變性ハ容易ニ髓核ノ異常ヲ招來



シ得ルモノト思ハレル。依ツテ椎間板ハ纖維輪及ビ髓核ト共ニ上下椎體ニ對シテ 1 個ノ Kugelgelenk (球狀關節)ヲ作ツテ居ルモノデアルガ、此ノ關節運動ノ破綻ハ椎骨後方ニ異常運動ヲ惹起シ特ニ椎間關節ハ異常ナル運動ノ要請セラレルタメニ、其ノ部ニ附着スル黃色靱帶ハ常ニアル種ノ形成的刺激ヲ受ケルコトナリ、遂ニ其ノ肥厚或ハ骨増殖ヲ來シテクルモノデアラウト考ヘラレル。

一方黃色靱帶肥厚ガ變形性脊椎症ニ合併スルコトハ既ニ認メラレル所デアリ、又椎間板後方脫出症ニハ高率ニ合併シテ居ルコトハ、昨年漸ク Love ガ強調シテ居ル事デ吾々モ明カニ此ノ關係ヲ認識シテ居ルノデアル。

本例ニ於テモ黃色靱帶ノ肥厚ヲ認メ又同時ニ椎體後面ノ邊緣隆起像ヲ證明シタ。併シ手術所見ニ於テハ邊緣隆起像ヲ證明シタ部ノ椎間板ハムシロ陷凹シ、其ノ附近ヲ中心トシ殊ニ靜脈瘤及ビ靜脈怒張蛇行ガ著明デアツタ點等、此等所見ヲ綜合考慮シテ Schmorl 及ビ彼ノ弟子 Junghans ノ唱ヘル所ノ椎間板後方脫出等ニヨツテ破壊セラレタ後方裂隙ヲ通ジテ血管侵入ヲナセルモノナランカト想像セラレルノデアル。

諸本例ハ手術ニヨリ第 3 腰椎位以下ノ尾側ノ脊髓管ニ加ヘラレタ壓迫ヲ除去スルコトニヨツテ神經痛ハ斯ク完全ニ治癒シタルコトヲ以テシテモ本例ノ原因ハ靜脈瘤並ニ肥厚セル黃色靱帶ノ壓迫ニヨルモノデアルコトハ明カデアル。且ツラセーグ氏症狀ハ兩側ニ發見セラレタガ特ニ右側ニ強度デアツタ。且右側ノミ坐骨神經ノ壓痛ヲ證明シタコトハソノ壓迫ガ右側ニ於テ殊ニ強度デアツタ事トヨク符合スル。且ツ本例ニ於テハ壓迫ガ第 4 腰髓神經根以下デアル點ト、坐骨神經ガ第 4、第 5 腰髓節、第 1、第 2、第 3 薦髓節ヨリ作ラレテ居ル點等ハ又ヨク照合セラレル所デアル。

又膝關節ハ兩側共ニ同程度ノ變形性變化ヲ證明スルニ不拘、右側ニ於テハ該側神經痛發現後其ノ經過中ニ浸出性膝關節炎ヲ合併シタ。諸此ノ浸出性關節炎ガ單純性ノモノ即チ外傷過勞等ニヨリ起ツタモノトハ考ヘラレヌ所デアル。何故ナラバ患者ハ常ニ神經痛ノアル側ノ下肢ヲアラユル外傷ヨリ保護セント努力スルモノデアルカラ。其レ故ニコノ原因ハ他ニ求メラレナケレバナラナイ。茲ニ膝關節ヲ支配スルモノハ N. femoralis ノ Rr. musculares ノ 1 分枝ト N. obturatorius ノ Ramus posterior ノ分枝トデアル。前者ハ主トシテ第 3、第 4 腰髓等ヨリナリ、後者モ第 3、第 4 腰髓節ヨリナル。且膝關節ハ解剖學的ニ其ノ支配域ニ於ケル最末端ヲ占メテ居ル點ヲ見レバ膝關節ハ恐クハ主トシテ第 4 腰髓節ヨリ支配セラレテ居ルモノト推斷セラレルノデアル。而シテ第 4 腰髓神經根ハ右側ニ於テ特ニ強度ニ壓迫セラレテ居リ、此ノ壓迫ヲ除去スルコトニヨツテ約 5 ケ月間モ存在シテ居ツタ頑固ナル膝關節炎ガ完全ニ治癒シタコトヲ以テシテモ、本患者ノ浸出性膝關節炎ノ原因トシテハ神經支配ノ失調ガ或ル重大ナル役割ヲ演ジテ居ルモノト考ヘラレルノデアル。